

INHALTSVERZEICHNIS

1. Befreiungen – Schonungen
2. Schulveranstaltungen
3. Überwachungsschüler/innen
4. Vorsprachen
5. Anmerkungen

Nr.: Klasse:
Name:

Erhobener Schularztbefund:

.....
 Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

.....
von bis
Bemerkungen:

Datum:

Die Schulan/rztin/Der Schulan/rzt:

Nr.: Klasse:
Name:

Erhobener Schularztbefund:

.....
 Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

.....
von bis
Bemerkungen:

Datum:

Die Schulan/rztin/Der Schulan/rzt:

Nr.: Klasse:
Name:

Erhobener Schularztbefund:

.....
 Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

.....
von bis
Bemerkungen:

Datum:

Die Schulan/rztin/Der Schulan/rzt:

Nr.: Klasse:

Name:

Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

von bis

Bemerkungen:

Datum:

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die Schulärztin/
den Schularzt ist die angeführte Erleichterung
notwendig. Es wird gebeten, dem Antrag statt-
zugeben.

Die Schulärztin/Der Schularzt:

Nr.: Klasse:

Name:

Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

von bis

Bemerkungen:

Datum:

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die Schulärztin/
den Schularzt ist die angeführte Erleichterung
notwendig. Es wird gebeten, dem Antrag statt-
zugeben.

Die Schulärztin/Der Schularzt:

Nr.: Klasse:

Name:

Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

von bis

Bemerkungen:

Datum:

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die Schulärztin/
den Schularzt ist die angeführte Erleichterung
notwendig. Es wird gebeten, dem Antrag statt-
zugeben.

Die Schulärztin/Der Schularzt:

Eignungsuntersuchung

Klasse: Datum der Untersuchung:

Schulveranstaltung:

Anzahl d. Schüler/innen laut Teilnehmer/innenliste:

Abwesende Schüler/innen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nachstehend angeführte Schüler/innen sind aus gesundheitlichen Gründen für eine Teilnahme an der Veranstaltung nicht geeignet.

Name: Grund:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Die Schulärztin / Der Schularzt:

ANMERKUNGEN